

Manual do Usuário



Anexo 1

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO ASSOCIADO AO USO DE AGROTÓXICO.

SUMÁRIO

1.	Formulário para Notificação de Evento Adverso associado ao uso de Agrotóxico	3
1.1.	Dados do Evento	3
1.1.1.	Bloco 4 – Dados do Evento.....	3
1.2.	Aba Produto Empresa	6
1.2.1.	Bloco 5 – Empresa e Produto	6
1.2.2.	Bloco 6 – Dados do Produto	7
1.2.3.	Bloco 7 – Dados do Registrante	9
1.3.	Aba Paciente.....	9
1.3.1.	Bloco 8 – Informações do paciente ou usuário.....	10
1.3.2.	Bloco 9 – Evolução do caso.....	13
1.4.	Aba Outras Informações	13
1.4.1.	Bloco 10 – Outras informações importantes.....	14
1.5.	Aba Pendências.....	17
1.5.1.	Bloco Pendências.....	18

1. Formulário para Notificação de Evento Adverso associado ao uso de Agrotóxico

Para Evento Adverso de Agrotóxico as seguintes abas estarão à disposição:

- Dados do Evento;
- Produto Empresa;
- Paciente;
- Outras Informações;
- Pendências.

1.1. Dados do Evento

Formulário para notificação de Evento Adverso associada ao uso de Agrotóxico
Número da Notificação: 2006.11.000041

Dados do Evento	Produto Empresa	Paciente	Outras Informações	Pendências
-----------------	-----------------	----------	--------------------	------------

1.1.1. Bloco 4 – Dados do Evento

Este bloco contém os campos para descrição e detalhamento do Evento Adverso.

4 - Evento Adverso		
4.1. Descreva detalhadamente o Evento Adverso : (*)		
4.2. Selecione o Evento Adverso (WHO-ART):		
		Pesquisar
4.3. Data da ocorrência do Evento Adverso: (*)		4.4. Hora da ocorrência do Evento Adverso:
Dia <input type="text"/> Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>		Hora <input type="text"/> Min <input type="text"/>
4.5. Local da ocorrência do Evento Adverso:		4.6. Endereço do local da ocorrência do Evento Adverso: (*)
...:Selecione:... <input type="text"/>		515 Norte - Edifício Anvisa
4.7. País: (*)	4.8. UF: (*)	4.9. Município: (*)
BRASIL <input type="text"/>	Distrito Federal - <input type="text"/>	BRASÍLIA <input type="text"/>
4.10. Data da Exposição:		4.11. Duração da exposição
Dia <input type="text"/> Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>		<input type="text"/> ...:Selecione:... <input type="text"/>
4.12. Via de exposição		
<input type="checkbox"/> Dérmica	<input type="checkbox"/> Respiratória	
<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Desconhecida	
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Outra	
4.13. Local de exposição		
<input type="checkbox"/> Área Pública	<input type="checkbox"/> Peridomicilio (Urbano/Periurbano)	
<input type="checkbox"/> Chácara/Campo	<input type="checkbox"/> Residência (Rural)	
<input type="checkbox"/> Depósito	<input type="checkbox"/> Residência (Urbano/Periurbano)	
<input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Desconhecido	
<input type="checkbox"/> Peridomicilio (Rural)	<input type="checkbox"/> Outro	
4.14. Atividade principal durante a exposição		
<input type="checkbox"/> Aplicação doméstica	<input type="checkbox"/> Não relevante	<input type="checkbox"/> Uso veterinário
<input type="checkbox"/> Aplicação na saúde pública	<input type="checkbox"/> Preparo da calda	<input type="checkbox"/> Desconhecida
<input type="checkbox"/> Aplicação no campo	<input type="checkbox"/> Presença no lugar	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Manutenção do Equipamento	<input type="checkbox"/> Produção/formulação	
<input type="checkbox"/> Mistura / Carregamento	<input type="checkbox"/> Reentrada no cultivo	
<input type="checkbox"/> Múltipla	<input type="checkbox"/> Transporte	

Campo 4.1. Descreva detalhadamente o Evento Adverso:

Campo alfa-numérico, de preenchimento obrigatório. Descreva detalhadamente o evento adverso incluindo os motivos da notificação.

Campo 4.2. Selecione o evento adverso:

Selecione o evento adverso (sintoma) a partir da pesquisa do mesmo, clicando no símbolo “+” na coluna da esquerda da lista de opções. Para a realização da pesquisa, pelo menos 3 caracteres devem ser informados. É possível selecionar mais de um sintoma.

A seleção será inserida automaticamente em um novo campo “Código:...Nome:...Excluir:...”.

Todo erro poderá ser suprimido clicando no símbolo “X”, do lado direito desse novo campo.

Caso o(s) sintoma(s) apresentado(s) não conste(m) da lista da OMS (WHO-ART), inserir manualmente.

Campo 4.3. Data da ocorrência do Evento Adverso:

Campo, de preenchimento obrigatório. Informe a data da ocorrência (dia, mês e ano). Esta data não poderá ser superior à data atual.

Campo 4.4. Hora da ocorrência do Evento Adverso:

Selecione a hora em que ocorreu o Evento Adverso (hora e minutos).

Campo 4.5. Local da ocorrência do Evento Adverso:

Selecione o local da ocorrência dentre as seguintes opções:

- Zona Rural;
- Zona Urbana;
- Outros.

Caso selecione a opção “Outro” será apresentado o seguinte campo:

4.5.1. Citar:

Campo 4.6. Endereço do local da ocorrência do Evento Adverso:

Campo alfa-numérico. Informe o endereço do local da ocorrência.

Campo 4.7. País:

Campo de preenchimento obrigatório. Informe o país onde ocorreu o evento adverso. A opção “Brasil” virá pré-selecionada.

Campo 4.8. UF:

Informe a Unidade Federativa (Estado) onde ocorreu o evento adverso. Este campo deve ser selecionado antes da seleção do campo 4.9. Município. Caso o país selecionado no campo 4.7 seja “Brasil”, este campo é de preenchimento obrigatório.

Campo 4.9. Município:

Informe o município onde ocorreu o evento adverso. Este campo só poderá ser preenchido após a seleção do campo 4.8. UF. Caso o país selecionado no campo 4.7 seja “Brasil”, este campo é de preenchimento obrigatório.

Campo 4.10. Data da exposição:

Selecione a data da exposição (dia, mês e ano). Esta data não poderá ser superior à data atual.

Campo 4.11. Duração da exposição:

Informe o tempo de duração da exposição. No campo “Selecionar” escolha “Dia(s)”, “Hora(s)”, “Minuto(s)”.

Campo 4.12. Via de exposição:

Selecione a via de exposição dentre as opções apresentadas. Selecione a opção “Outra” caso a via de exposição não esteja listada acima. Nesse caso o campo 4.12.1. Citar é apresentado e deve ser preenchido manualmente.

Campo 4.13. Local de exposição:

Selecione o local de exposição dentre as opções apresentadas. Selecione a opção “Outra” caso o local de exposição não esteja listado acima. Nesse caso o campo 4.13.1. Citar é apresentado e deve ser preenchido manualmente.

Campo 4.14. Atividade principal durante a exposição:

Selecione a atividade principal durante a exposição. Selecione a opção “Outra” caso a atividade não esteja listada. Nesse caso o campo 4.14.1. Citar é apresentado e deve ser preenchido manualmente.

Antes de enviar, clicando no botão correspondente, passe para a aba “Produto Empresa” (no topo da ficha) ou no botão “»” (no final da ficha).

1.2. Aba Produto Empresa



1.2.1. Bloco 5 – Empresa e Produto

Este bloco contém o campo para preenchimento do Número do Registro ou cadastro no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Visando facilitar o preenchimento de dados desta aba, opcionalmente, o notificador poderá realizar a pesquisa deste item.

5 - Empresa e produto	
5.1. Número do registro MAPA:	Pesquisar
<input type="text"/>	

Campo 5.1. Número do registro MAPA:

Campo numérico com espaço para até 9 dígitos. Informe o número do registro do produto no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.

Após preenchimento, clique no botão “pesquisar”.

Caso os dados de agrotóxico sejam encontrados no banco de dados da Anvisa, os campos “6.1 Nome comercial do produto”, “6.2 Formulação do produto”, “6.4 Forma de utilização (classe)”, “6.5 Grupo químico”, “6.6 Modalidade de emprego”, “6.7 Classificação Toxicológica”, “7.1 Nome ou razão social do registrante” referentes ao produto e empresa são preenchidos automaticamente.

Estes dados devem ser verificados e, caso não confirmam com o produto em mãos, devem ser alterados manualmente.

1.2.2. Bloco 6 – Dados do Produto

Este bloco contém os campos para o preenchimento das informações referentes aos dados do produto, que poderão vir do resultado da pesquisa selecionada no Bloco 5.

6 - Dados do Produto		
6.1. Nome comercial do produto: (*)		
<input type="text"/>	<input type="button" value="Pesquisar"/>	
6.2. Formulação do produto: (*)		
<input style="width: 100%;" type="text" value="...:Selecione:..."/>		
6.3. Tipo de embalagem:		
<input style="width: 100%;" type="text" value="...:Selecione:..."/>		
6.4. Forma de Utilização (Classe): (*)		
<input type="checkbox"/> Acaricida	<input type="checkbox"/> Formicida	<input type="checkbox"/> Nematicida
<input type="checkbox"/> Adjuvante	<input type="checkbox"/> Fungicida	<input type="checkbox"/> Protetor
<input type="checkbox"/> Bactericida	<input type="checkbox"/> Herbicida	<input type="checkbox"/> Regulador de Crescimento
<input type="checkbox"/> Cupinicida	<input type="checkbox"/> Inseticida	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Espalhante	<input type="checkbox"/> Inseticida Biológico	
<input type="checkbox"/> Feromônio	<input type="checkbox"/> Moluscida	
6.5. Grupo Químico:		
<input style="width: 100%;" type="text" value="...: Selecione ..."/>		
<input type="button" value="Incluir"/>		
6.6. Modalidade de emprego:		
<input type="checkbox"/> Armadilha	<input type="checkbox"/> Produtos armazenados	
<input type="checkbox"/> Bulbos/bulbilhos	<input type="checkbox"/> Pré-emergência	
<input type="checkbox"/> Desfolhante	<input type="checkbox"/> Pré/pós-emergência	
<input type="checkbox"/> Dessecante	<input type="checkbox"/> Pseudo-caule/tronco	
<input type="checkbox"/> Foliar	<input type="checkbox"/> Pós-colheita	
<input type="checkbox"/> Foliar-Mudas	<input type="checkbox"/> Pós-emergência	
<input type="checkbox"/> Fulmigante	<input type="checkbox"/> Sementes	
<input type="checkbox"/> Imersa-pedúnculo	<input type="checkbox"/> Solo	
<input type="checkbox"/> Localizada	<input type="checkbox"/> Toletes	
<input type="checkbox"/> Maturador		
6.7. Classificação Toxicológica:		
<input style="width: 100%;" type="text" value="...:Selecione:..."/>		
6.8. Produto importado?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

Campo 6.1. Nome comercial do produto:

Campo alfa-numérico de identificação do produto, de preenchimento obrigatório. Caso não apareça automaticamente após preenchimento do Bloco 5, preencha com o nome de maior tamanho constante na embalagem do produto.

Para a realização da pesquisa a partir deste campo pelo menos 3 caracteres devem ser informados.

Quando for preenchido o nome comercial correto de um produto autorizado, o número de registro MAPA aparecerá automaticamente, assim como os outros campos citados no parágrafo “Campo 5.1. Número do registro MAPA”.

Campo 6.2. Formulação do Produto:

Caso não apareça automaticamente, selecione a formulação do produto dentre as opções apresentadas. Selecione a opção “Outra” caso a formulação do produto não esteja na lista apresentada. Nesse caso o campo “6.2.1. Citar” é apresentado e deve ser preenchido manualmente.

Campo 6.3. Tipo de embalagem:

Campo de preenchimento obrigatório. Selecione o tipo de embalagem dentre as opções apresentadas. Selecione a opção “Outro” caso o tipo de embalagem não esteja presente na lista. Neste caso o campo “6.3.1. Citar” é apresentado e deve ser preenchido manualmente (preenchimento obrigatório).

Campo 6.4. Forma de utilização:

Campo de preenchimento obrigatório. Caso não apareça automaticamente, selecione a forma de utilização do produto.

Pode ser selecionada uma opção de utilização diferente, segundo a descrição do paciente ou acompanhante. Esta forma de utilização é irregular e, se não estiver na lista, deverá ser selecionada a opção “Outra”. Nesse caso o campo “6.4.1. Citar” é apresentado e deve ser preenchido manualmente (preenchimento obrigatório).

Campo 6.5. Grupo Químico:

Caso não apareça automaticamente, selecione o grupo químico do qual o produto faz parte e clique no botão “Incluir”. O sistema permite a inclusão de mais de um grupo químico, além de disponibilizar para edição todos os possíveis grupos químicos incluídos. Por exemplo:



6.5. Grupo Químico:

acetato insaturado

acetamida + acetato insaturado + outro grupo químico

Incluir

Campo 6.6. Modalidade de Emprego:

Caso não apareça automaticamente, selecione a modalidade de emprego do produto dentre as opções apresentadas.

Campo 6.7. Classificação Toxicológica:

Caso não apareça automaticamente, selecione a classificação toxicológica do produto dentre as opções apresentadas.

Campo 6.8. Produto importado?

Selecione a opção “Sim” caso o produto seja importado. Esta informação pode ser verificada no rótulo/embalagem do produto.

Selecione a opção “Não” caso o produto seja nacional. Esta informação pode ser verificada no rótulo/embalagem do produto.

1.2.3. Bloco 7 – Dados do Registrante

Este bloco contém os campos para preenchimento dos dados do registrante.

Caso tenha sido realizada pesquisa nos campos anteriores, o campo “7.1 Nome ou razão social do registrante” será preenchido automaticamente.

7 - Dados do Registrante	
7.1. Nome ou razão social do registrante: (*)	
<input type="text"/>	
7.2. Endereço do registrante:	
<input type="text"/>	
7.3. Número do telefone/SAC do registrante:	
<input type="text"/>	
7.4. UF do registrante:	7.5. Município do registrante:
<input type="text" value="...: Selecione :..."/>	<input type="text" value="...: Selecione :..."/>

Campo 7.1. Nome ou razão social do registrante:

Campo alfa-numérico, de preenchimento obrigatório. Caso não apareça automaticamente, informe o nome ou razão social do registrante.

Campo 7.2. Endereço do Registrante:

Campo alfa-numérico. Informe o endereço do registrante do produto.

Campo 7.3. DDD e número do telefone/SAC do registrante:

Informe o DDD e o número do telefone ou SAC do registrante do produto.

Campo 7.4. U.F. do registrante:

Selecione a Unidade Federativa (Estado) do registrante do produto.

Campo 7.5. Município do registrante:

Selecione o município do registrante do produto. Este campo deve ser selecionado após a seleção do campo “7.4. U.F. do registrante”.

Antes de enviar, clicando no botão correspondente, passe para a aba “Paciente” (no topo da ficha) ou no botão “>>” (no final da ficha). É possível voltar para a aba anterior, clicando na aba “Dados do Evento” (no topo da ficha) ou no botão “<<” (no final da ficha).

1.3. Aba Paciente

Nesta aba, serão apresentados os Blocos: 8 – Informações do paciente ou usuário e 9 – Evolução do Caso, para o preenchimento.

Dados do Evento	Produto Empresa	Paciente	Outras Informações	Pendências
-----------------	-----------------	----------	--------------------	------------

1.3.1. Bloco 8 – Informações do paciente ou usuário

Este bloco contém os campos para o preenchimento das informações do paciente ou usuário.

8 - Informações do paciente ou usuário		
8.1. Nome completo do paciente: (*) <input type="text"/>	8.2. Iniciais: (*) <input type="text"/>	8.3. <input type="checkbox"/> Nome e iniciais ignorados (*)
8.4. Nome completo da Mãe do paciente: (*) <input type="text"/>	8.5. Iniciais da Mãe: (*) <input type="text"/>	8.6. <input type="checkbox"/> Nome e iniciais da Mãe ignorados (*)
8.7. Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Ignorado	8.8. Raça/Cor: <input type="text" value="...: Selecione ..."/> ▾	
8.9. Data de nascimento: <input type="text" value="Dia"/> ▾ <input type="text" value="Mês"/> ▾ <input type="text" value="Ano"/> ▾	8.10. Idade na data de ocorrência: (*) <input type="text"/> <input type="text" value="...: Selecione ..."/> ▾	
8.11. Ocupação do paciente ou usuário: <input type="text"/> <input type="button" value="Pesquisar"/>		Código para referência: <input type="text"/>
8.12. Número do prontuário: <input type="text"/>	8.13. Número do Cartão SUS: <input type="text"/>	
8.14. Circunstância do caso: <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Coletiva		
8.15. Tratamento dado: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado		
8.16. O evento levou ou prolongou a internação? (*) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado <input type="radio"/> Não se aplica		

Campo 8.1. Nome completo do paciente:

Campo de preenchimento obrigatório. Campo alfa-numérico. Informe o nome completo do paciente.

Campo 8.2. Iniciais:

Campo de preenchimento obrigatório. Campo preenchido automaticamente pelo sistema a partir do nome informado. Este será composto pelas iniciais do nome completo do paciente.

Campo 8.3. Nome e Iniciais ignorados:

Campo de preenchimento obrigatório, caso forem ignoradas as informações do nome do paciente (campo 8.1.) e iniciais do nome (campo 8.2.)

Campo 8.4. Nome completo da mãe do paciente:

Campo de preenchimento obrigatório. Campo alfa-numérico. Informe o nome completo da mãe do paciente.

Campo 8.5. Iniciais da mãe:

Campo de preenchimento obrigatório. Campo preenchido pelo sistema a partir do nome completo da mãe do paciente informado.

Campo 8.6. Nome e iniciais da mãe ignorados:

Campo de preenchimento obrigatório, caso forem ignoradas as informações do nome completo da mãe do paciente, e as iniciais do nome da mãe.

Campo 8.7. Sexo:

Selecione o sexo do paciente.

Campo 8.8. Raça/Cor:

Selecione a raça/cor do paciente dentre as seguintes opções:

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Ignorada

Campo 8.9. Data de Nascimento:

Selecione a data de nascimento do paciente ou usuário (dia, mês e ano).

Campo 8.10. Idade na data de ocorrência:

Campo de preenchimento obrigatório. Campo preenchido pelo sistema quando informadas a data de nascimento (campo 8.9) e a data da ocorrência do Evento Adverso (campo 4.3). Este campo determina a idade do paciente/usuário quando da ocorrência.

Campo 8.11. Ocupação do paciente ou usuário:

Campo para pesquisa da ocupação do paciente ou usuário que sofreu o evento adverso.

Para a realização desta pesquisa digite, pelo menos, 3 caracteres da ocupação a ser pesquisada e clique em “pesquisar” ou pressione “ENTER”.

Após aberta a tela *pop-up* com as opções, selecione a opção desejada clicando no código da ocupação, localizado à esquerda da tela. Veja o exemplo:

8.11. Ocupação do paciente ou usuário:	<input type="text" value="enfer"/>	<input type="button" value="Pesquisar"/>	Código para referência:	<input type="text"/>
--	------------------------------------	--	-------------------------	----------------------

Resultado da Pesquisa	
Código	Descrição
784125	Operador de prensa de enfardamento
811620	Operador de enformamento e desenformamento de coque
519305	Enfermeiro veterinário
515110	Atendente de enfermagem
322205	Técnico de enfermagem
322210	Técnico de enfermagem de terapia intensiva
322215	Técnico de enfermagem do trabalho
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
322230	Auxiliar de enfermagem

Após efetuar a seleção o sistema apresenta para visualização o “Código para referência” pertencente à ocupação selecionada.

8.11. Ocupação do paciente ou usuário: Enfermeiro veterinário	<input type="button" value="Pesquisar"/>	Código para referência: 519305
--	--	-----------------------------------

Caso queira substituir a ocupação selecionada, repita a operação.

Campo 8.12. Número do prontuário:

Campo alfa-numérico, com espaço para até 20 dígitos. Informe manualmente o número do prontuário.

Campo 8.13. Número do Cartão SUS:

Campo alfa-numérico, com espaço para até 20 dígitos. Informe manualmente o número do cartão SUS.

Campo 8.14. Circunstancia do caso

Selecione a opção “Individual” caso haja uma única pessoa envolvida.

Selecione a opção “Coletiva” caso haja mais de uma única pessoa envolvida.

Campo 8.15. Tratamento dado:

Selecione a opção “Sim” caso algum tratamento tenha sido utilizado/aplicado.

Selecione a opção “Não” caso nenhum tratamento tenha sido utilizado/aplicado.

Selecione a opção “Ignorado” caso desconheça a utilização de algum tratamento.

Campo 8.16. O evento levou ou prolongou a internação?

Campo de preenchimento obrigatório.

Selecione “Sim” caso o evento tenha levado à internação. Nesse caso, os campos de 8.16.1 a 8.16.7 são apresentados:

Selecione “Não” caso o evento não tenha levado à internação.

Selecione a opção “Ignorado” caso não tenha conhecimento de internação decorrente do evento.

Novos campos automáticos após selecionada a opção “Sim”:

Campo 8.16.1. Hospital:

Campo alfa-numérico. Informe manualmente em que hospital deu-se a internação.

Campo 8.16.2. UF:

Campo de preenchimento obrigatório. Selecione a Unidade Federativa (Estado) onde se localiza o hospital.

Campo 8.16.3. Município:

Campo de preenchimento obrigatório. Selecione o município onde se localiza o hospital. Este campo só será carregado com as opções de seleção após selecionar a UF do hospital (campo 8.16.2.)

Campo 8.16.4. Data de Internação:

Selecione a data de internação (dia, mês e ano). Esta data não poderá ser superior à data de alta nem inferior à data de início da ocorrência.

Campo 8.16.5. Data de Alta:

Selecione a data de alta (dia, mês e ano). Esta data não poderá ser inferior à data de internação.

Campo 8.16.6. Dias no Hospital:

Informe a quantidade de dias de internação.

Campo 8.16.7. Dias na UTI:

Informe a quantidade de dias de internação na UTI.

1.3.2. Bloco 9 – Evolução do caso

Este bloco contém as informações sobre a evolução do caso.

9 - Evolução do caso	
<input type="radio"/> Recuperação	<input type="radio"/> Recuperação com seqüelas
<input type="radio"/> Óbito relacionado	<input checked="" type="radio"/> Óbito sem relação

Selecione o estado atual do paciente.

Antes de enviar, clicando no botão correspondente, passe para a aba “Outras informações” (no topo da ficha) ou no botão “»” (no final da ficha). É possível voltar para a aba anterior, clicando na aba “Produto Empresa” (no topo da ficha) ou no botão “«” (no final da ficha).

1.4. Aba Outras Informações

Nesta aba, existirá apenas o Bloco 10 – Outras informações importantes para o preenchimento de uma notificação de Evento Adverso.

Dados do Evento

Produto Empresa

Paciente

Outras Informações

Pendências

1.4.1. Bloco 10 – Outras informações importantes

Este Bloco contém os campos para o preenchimento das demais informações referentes ao produto responsável pelo Evento Adverso.

10 - Outras informações importantes	
10.1. A utilização do produto seguiu as instruções do registrante?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.2. O produto apresenta alterações (suspeita de desvio de qualidade)? (*)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.3. Local de aquisição do produto:	...: Selecione ...
10.4. Possui receituário agrônômico para compra do produto ?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.5. A utilização dos equipamentos de proteção individual seguiu as instruções do registrante?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.6. Possui nota fiscal da compra do produto?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.7. Houve comunicação à indústria/distribuidor?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.8. Houve devolução do produto à indústria/distribuidor?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado
10.9. Foram adotadas outras providências após a identificação do problema?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10.10. Existem amostras íntegras para a coleta?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10.11. Existem rótulos do produto para a coleta?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10.12. Observações:	

Campo 10.1. A utilização do produto seguiu as instruções do registrante?

Selecione a opção "Sim" caso a utilização do produto tenha seguido as instruções do registrante.

Selecione a opção "Não" caso a utilização do produto não tenha seguido as instruções do registrante.

Selecione a opção "Ignorado" caso desconheça se a utilização do produto seguiu as instruções do registrante.

Campo 10.2. – O produto apresenta alterações (suspeita de desvio de qualidade)?

Selecione a opção “Sim” caso o produto apresente alguma alteração / suspeita de desvio de qualidade. Nesse caso as opções de alterações são apresentadas para seleção.

10.2. O produto apresenta alterações (suspeita de desvio de qualidade)? (*)

Sim Não Ignorado

10.2.1. Quais? (*)

- Cheiro alterado
- Consistência alterada / textura alterada
- Cor alterada
- Embalagem defeituosa
- Presença de partículas / corpos estranhos
- Outra

Caso a opção “Outra” seja selecionada o campo “10.2.1.1. Citar” é apresentado para incluir a descrição da alteração.

Selecione a opção “Não” caso o produto não apresente alguma alteração / suspeita de desvio de qualidade.

Selecione a opção “Ignorado” caso não tenha conhecimento de alguma alteração apresentada no produto.

Campo 10.3. Local de aquisição do produto:

Selecione o local de aquisição do produto de acordo com as opções disponíveis.

10.3. Local de aquisição do produto:

... Seleção ...

- ... Seleção ...
- Distribuidora
- Estabelecimento de saúde privada
- Estabelecimento de saúde pública
- Importadora
- Indústria
- Internet
- Mercado
- Representante
- Televenda
- Outro

Caso o local de aquisição não esteja disponível na lista, selecione a opção “Outro”. Nesta situação, o campo “10.3.1 Citar” é apresentado para descrição.

10.3.1. Citar:

Campo 10.4. Possui receituário agrônômico para compra do produto?

Selecione a opção “Sim” caso possua receituário agrônômico para compra do produto.

Selecione a opção “Não” caso não possua receituário agrônômico para compra do produto.

Selecione a opção “Ignorado” caso desconheça a existência de receituário agrônômico para compra do produto.

Campo 10.5. A utilização dos equipamentos de proteção individual seguiu as instruções do registrante?

Selecione a opção “Sim” caso a utilização dos equipamentos de proteção individual tenha seguido as instruções do registrante.

Selecione a opção “Não” caso a utilização dos equipamentos de proteção individual não tenha seguido as instruções do registrante.

Selecione a opção “Ignorado” caso desconheça se a utilização dos equipamentos de proteção individual seguiu as instruções do registrante.

Campo 10.6. Possui nota fiscal da compra do produto?

Selecione a opção “Sim” caso possua a nota fiscal de compra do produto. Neste caso, será apresentada a mensagem “Mantenha-a em seu poder” em vermelho.

10.6. Possui nota fiscal da compra do produto?

Sim Não Ignorado

Mantenha-a em seu poder.

Selecione a opção “Não” caso não possua a nota fiscal de compra do produto.

Selecione a opção “Ignorado” caso desconheça se a nota fiscal de compra do produto está disponível.

Campo 10.7. Houve comunicação à indústria/distribuidor?

Selecione a opção “Sim” caso o evento adverso também tenha sido informado à indústria/distribuidor. Neste caso, serão apresentadas as opções mostradas abaixo para seleção da forma de comunicação. Após seleção é apresentada a mensagem “Caso possua comprovante, mantenha-o em seu poder e somente entregue à Vigilância Sanitária quando solicitado.”

10.7. Houve comunicação à indústria/distribuidor?

Sim Não Ignorado

10.7.1. De que forma?

- Por correio
- Por e-Mail
- Por Fax
- Por representante
- Por Telefone
- Outra Forma

Caso a forma de comunicação não esteja disponível na lista, selecione a opção “Outra forma”. Nesta situação, o campo “10.7.1 Citar” é apresentado para descrição.

Outra Forma

10.7.1. Citar:

Caso possua comprovante, mantenha-o em seu poder e somente entregue à Vigilância Sanitária quando solicitado.

Campo 10.8. Houve devolução do produto à indústria/distribuidor?

Selecione a opção “Sim” caso o produto tenha sido devolvido à indústria/distribuidor.

Selecione a opção “Não” caso o produto não tenha sido devolvido à indústria / distribuidor.

Selecione a opção “Ignorado” caso desconheça se houve devolução do produto à indústria/distribuidor.

Campo 10.9. Foram adotadas outras providências após a identificação do problema?

Selecione a opção “Sim” caso tenham sido adotadas outras providências, além das descritas nesta notificação, como por exemplo, suspensão de uso ou separação do lote. Nesta situação, o campo “10.9.1 Citar” é apresentado para descrição.

10.9.1. Citar:

Selecione a opção “Não” caso não tenham sido adotadas outras providências, além das descritas nesta notificação.

Campo 10.10. Existem amostras íntegras para a coleta?

Selecione a opção “Sim” caso possua amostras íntegras do agrotóxico causador do evento adverso. Neste caso, o campo “10.10.1 Quantas” e a mensagem “Mantenha-as em seu poder e somente as entregue à Vigilância Sanitária quando solicitado” são apresentados.

10.10.1. Quantas?

Mantenha-as em seu poder e somente as entregue à Vigilância Sanitária quando solicitado.

Selecione a opção “Não” caso não possua amostras íntegras do agrotóxico causador do evento adverso.

Campo 10.11. Existem rótulos do produto para a coleta?

Selecione a opção “Sim” caso possua rótulos ou bulas agrotóxico causador do evento adverso. Neste caso, a mensagem “Mantenha-os em seu poder e somente os entregue à Vigilância Sanitária quando solicitado” é apresentada.

Selecione a opção “Não” caso não possua nem rótulos, nem bulas do agrotóxico causador do evento adverso.

Campo 10.12 Observações:

Descreva neste campo toda outra informação que considere relevante e que ainda não tenha sido relatada.

Antes de enviar, clicando no botão correspondente, passe para a aba “Pendências” (no topo da ficha) ou no botão “>>” (no final da ficha). É possível voltar para a aba anterior, clicando na aba “Paciente” (no topo da ficha) ou no botão “<<” (no final da ficha).

1.5. Aba Pendências

A qualquer momento as pendências poderão ser verificadas selecionando esta aba.

Nesta Aba, são apontadas as pendências quanto à violação de regras e obrigаторiedades verificadas no preenchimento da Notificação e existirá o bloco “Pendências”.

Dados do Evento

Produto Empresa

Paciente

Outras Informações

Pendências

1.5.1. Bloco Pendências

Este Bloco apresenta as pendências (os campos que necessitam de verificação) para o notificador providenciar a correção das mesmas antes do seu envio.

- Caso haja alguma pendência, retorne ao bloco de informações correspondente, clicando na aba apropriada e preencha os campos obrigatórios. Verifique novamente se alguma pendência ainda permanece.

Na espera de confirmação de algum dado obrigatório ainda não obtido, a ficha incompleta poderá ser salva, voltando-se a uma das abas anteriores (Dados do Evento, Produto Empresa, Paciente ou Outras Informações) e clicando no botão “Salvar” situado no pé da página. Anote o número da notificação. Ela será armazenada em uma lista que é acessada clicando-se na opção “Notificações Pendentes”, situada na margem esquerda da tela. Abra a notificação que deseja finalizar, preencha os dados faltantes e envie a notificação completa.

Pendências
<p>Os seguintes campos necessitam verificação:</p> <p>Dados do evento: Data da identificação: Campo obrigatório não preenchido. Descreva detalhadamente a Queixa Técnica/Evento Adverso: Campo obrigatório não preenchido. Endereço do Local de Identificação: Campo obrigatório não preenchido. Município: Campo obrigatório não preenchido.</p> <p>Produto e empresa: Formulação do produto: Campo obrigatório não preenchido. Nome comercial do produto/equipamento: Campo obrigatório não preenchido.</p> <p>Paciente: Idade na data de ocorrência: Campo obrigatório não preenchido. Nome completo da mãe do paciente, Iniciais do nome da mãe do paciente, Nome e iniciais da mãe do paciente ignorados: Pelo menos um dos campos 'Nome da Mãe do Paciente', 'Iniciais da Mãe do Paciente' ou Nome da Mãe Ignorado deverá ser preenchido. Nome completo do paciente, Iniciais do nome do paciente, Nome e iniciais ignorados: Pelo menos um dos campos deve ser informado.</p>

- Caso não haja pendências, a frase “A Notificação foi verificada e não existe pendência” será apresentada.

A notificação pode ser enviada ao clicar no botão . Neste caso aparecerá a seguinte tela de “Notificação Enviada”:

Notificação Enviada

Número da Notificação: 2006.11.000050
Data da notificação: 03/11/2006
Notificador: bruno TecnicoSNVS
Produto motivo da notificação: Agrotóxico

Caro(a) Notificador(a),
sua notificação foi recebida com sucesso e será analisada pelos técnicos da Vigilância Sanitária.
Atenciosamente,

NOTIVISA - Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

Imprimir Notificação

Imprimir Certificado

Pode-se clicar no botão

Imprimir Notificação

ou no botão

Imprimir Certificado